N° 212.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LA PARALYSIE

EN GÉNÉRAL;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 5 août 1833, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR PIERRE-MARIE MERMET, des Bouchoux,

Département du Jura.

Tout symptôme est l'altération d'une fonction, et ne peut être produit que par l'organe qui exécute cette fonction.

LALLEMAND, Rech. anat.-path. sur l'encéphale, lettre 2.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER, Président.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, Examinateur.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / .....
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, Examinateur.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER, Examinateur. / BOUILLAUD. / CHOMEL. / ROSTAN.
Clinique chirurgicale	BOYER. / JULES CLOQUET. / DUPUYTREN. / ROUX, Suppléant.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Bayle.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann.
Blandin, Suppléant.	Jobert.
Boyer (Philippe).	Laugier.
Briquet.	Lesueur.
Brongniart, Examinateur.	Martin-Solon.
Broussais (Casimir).	Piorry.
Cotteréau.	Requin.
Dalmas.	Sanson (aîné).
Dubled.	Sanson (Alphonse).
Guérard.	Royer-Collard, Examinateur.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MANES

DE MON PÈRE

ET

DE MA MÈRE.

Regrets éternels!!!

A MA SOEUR FRANÇOISE.

C'est à toi, ma chère Sœur, c'est à ton cœur, toujours généreux, que je dois, en grande partie, l'honorable titre que je vais acquérir. Puisse ce faible hommage, que je me plais à te rendre, te prouver ma vive reconnaissance, et t'assurer que je conserverai toute ma vie le souvenir de ce qu'a fait pour moi la plus tendre des sœurs!

A MES FRÈRES, SOEURS ET BELLES-SOEURS.

Amitié fraternelle.

P.-M. MERMET.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LA PARALYSIE

EN GÉNÉRAL.

Toutes les fonctions que remplissent dans l'économie les divers organes dont l'ensemble constitue la vie sont susceptibles d'être troublées, modifiées ou abolies : or, comme l'a dit un savant pathologiste, on doit admettre en saine physiologie qu'une fonction ne peut être troublée sans que l'organe qui en est le siége ne soit lui-même altéré ; mais ce qu'il faut bien reconnaître, c'est que, dans quelques cas, et en particulier dans le système nerveux, cette altération nous échappe entièrement.

La paralysie, consistant dans une diminution ou abolition de la contractilité musculaire d'une ou de plusieurs parties du corps, avec ou sans lésion de la sensibilité, ne doit être regardée que comme un effet consécutif d'une lésion, d'une altération des organes qui concourent aux fonctions du mouvement et du sentiment.

Envisagée donc sous le point de vue de la définition, la paralysie se trouve rangée dans l'histoire des lésions des organes des ces deux mêmes fonctions.

Comme l'étude physiologique des organes en facilite l'étude patho-

logique, je ne crois pas qu'il soit hors de propos d'entrer dans quelques considérations de cette nature sur les organes de la sensibilité et de la locomotilité.

1°. *Sensibilité.*

La sensibilité, dans un sens restreint et tel que je dois l'entendre ici, est une propriété inhérente aux organes, au moyen de laquelle l'animal a la conscience de l'impression qu'un corps étranger fait sur lui. Cette propriété ou cette faculté étant entièrement dévolue aux nerfs, je serais conduit à l'étude de ce système, si l'étendue de ce petit travail me le permettait; je me contente de dire que, sous le nom collectif de système nerveux, on comprend toutes les parties du corps formées par la fibre primitive nervale; que ce système, destiné à établir les liens entre les organes, et qui, dans les animaux, est le foyer de la puissance vitale, le moteur de tous les actes vitaux, est plus ou moins compliqué dans la série des êtres animés; que chez l'homme, comme chez tous les animaux vertébrés, il se compose de trois parties: 1°. une partie centrale dite axe cérébro-spinal, qui a la forme d'un long faisceau renflé à son extrémité supérieure et antérieure, et renfermé dans la cavité du rachis et du crâne; 2°. des cordons nerveux, au nombre de quarante-deux paires, étendus de droite et de gauche de cette partie centrale, à tous les organes du corps; 3° enfin de deux cordons nerveux situés de chaque côté du rachis, depuis la tête jusqu'au bassin, présentant de vertèbres en vertèbres des renflemens appelés ganglions, et qui sont nommés les nerfs grands sympathiques.

La sensibilité suppose trois actes: *impression*, *transmission* et *perception*. L'impression peut, selon plusieurs physiologistes, être effectuée sur tous nos organes, ou plutôt il n'est aucun de nos organes qui ne soit sensible, et tout organe doit cette faculté aux nerfs qui entrent dans sa composition. *Haller*, cependant, et avec lui quelques autres physiologistes, ont reconnu des organes insensibles.

La transmission qui se fait par l'intermédiaire des nerfs n'est

connue que par son résultat : aussi ignorée que l'action percevante du cerveau, nous ne savons d'elle que son opposition avec toute action physique ou chimique, et nous la mettons au rang des actions organiques, malgré l'explication hypothétique et mécanique qu'en ont donnée quelques physiologistes par le fluide subtil sécrété par le cerveau, et circulant dans les nerfs, ou par les vibrations de ces mêmes nerfs.

La perception de toute impression, tant externe qu'interne, soit morbide ou de santé, a lieu de toute évidence dans le cerveau ; les nerfs qui s'étendent depuis la partie impressionnée et la moelle épinière elle-même, ne sont que les conducteurs de l'impression, et la perception de celle-ci ne se fait que dans l'encéphale, organe qui est le siége de toutes sensations comme de toutes facultés intellectuelles et affectives.

2°. *Locomotilité.*

On entend par locomotilité la faculté de mouvoir à sa volonté tout le corps en masse, ou seulement quelques-unes de ses parties, dans la vue d'effectuer les différens actes que la sensibilité a fait juger nécessaires : d'où l'on voit le rapport de ces deux fonctions.

On sait que l'appareil locomoteur, chez l'homme, se compose de trois parties : 1°. les organes nerveux, qui fournissent aux muscles les ordres de la volonté ; 2°. le système musculaire, assemblage de muscles placés çà et là dans l'économie partout où il y avait des mouvemens à produire ; 3°. enfin le système osseux, assemblage de pièces dures et solides qui, mues par les muscles, sont les organes passifs de la locomotion.

Puisqu'une volonté est le principe de tout mouvement volontaire, et puisque, chez les animaux supérieurs, et par conséquent chez l'homme, l'encéphale est la condition matérielle de toute volonté, on conçoit que, sous ce rapport, cet organe doit avoir une part principale à la locomotion. En effet, il suffit que l'encéphale soit lésé, ou que le sommeil suspende son action, pour que les mouvemens vo-

lontaires ne puissent plus être produits : qui ne sait que la paralysie, qui va nous occuper, est un symptôme fréquent des affections cérébrales, et que la station et la progression ne sont plus possibles pendant le sommeil? Mais qu'on fasse subir à la moelle spinale et aux nerfs diverses mutilations, on paralysera sans doute les muscles qui sont avivés par ces parties, mais les volontés continueront à se reproduire; ce qui prouve que la moelle spinale et les nerfs ne sont pas les organes nerveux dans lesquels se forment ces volontés, mais qu'ils n'en sont que les conducteurs : si on lèse, au contraire, l'encéphale lui-même, on enlève à l'être la puissance de vouloir, lors même que la moelle spinale et les cordons nerveux seraient intacts.

La paralysie n'étant que le signe des lésions des organes qui concourent aux deux fonctions dont nous venons de parler, on est naturellement conduit à admettre deux genres de lésions ou de paralysies, celle du mouvement et celle du sentiment; et il est clair que ce sera dans ces mêmes organes qu'il faudra rechercher la cause de l'état morbide : ces causes seront toutes celles qui contribueront à modifier, à changer les conditions physiques et organiques de ces parties, d'où il résulte entrave ou impuissance dans l'accomplissement des fonctions.

Ces deux genres de paralysies vont former deux sections.

Toutefois je crois convenable, avant de passer outre, de présenter la récapitulation des diverses paralysies qui ont été observées, abstraction faite de toute division systématique. Ce sont, pour le mouvement : 1°. la paralysie générale; 2°. l'hémiplégie; 3°. la paraplégie; 4°. la paralysie croisée; 5°. la paralysie locale, à laquelle se rapportent la paralysie de la langue, du larynx, de la paupière supérieure, du deltoïde, du pharynx, de l'œsophage, du sphincter de l'anus, de la vessie; pour le sentiment : 1°. la paralysie de la rétine (cécité, amaurose); 2°. la paralysie de l'ouïe (cophose); 3°. la paralysie de l'odorat (anosmie); 4°. la paralysie du goût; 5°. la paralysie du tact, dans une étendue plus ou moins considérable de la peau.

SECTION PREMIÈRE.

PARALYSIE DU MOUVEMENT. (Ier Genre.)

La paralysie du mouvement consiste dans l'impossibilité des actes du mouvement.

Les muscles qui sont sous l'empire de la volonté et ceux qui n'y sont pas peuvent être atteints de paralysie; mais elle est moins connue dans ces derniers que dans les premiers. Cette paralysie peut avoir lieu dans les muscles des organes des sens, du larynx, du cou, du thorax, de l'abdomen et des membres. Ce n'est que dans ces muscles qu'elle est passablement connue, si l'on en excepte celle des muscles des osselets de l'ouïe.

La paralysie des fibres musculaires des intestins a lieu dans les maladies qui portent atteinte à l'intégrité de la moelle épinière; et si ces maladies attaquent la partie supérieure de la moelle, elles finissent par arrêter les mouvemens respiratoires lorsqu'elles sont arrivées à un degré suffisant d'intensité.

Selon que tout le système d'organes qui produit le mouvement est lésé, ou qu'il ne l'est qu'en partie, la paralysie est générale ou partielle : de là deux articles.

ARTICLE PREMIER.

Paralysie générale.

Lorsqu'elle est générale, c'est le signe d'une lésion générale de l'encéphale, ou d'une lésion centrale de cet organe, ou d'une lésion locale, mais tellement étendue qu'elle influence le côté sain ou la partie centrale.

Ainsi cette paralysie pourra indiquer un coup de sang (apoplexie), une congestion plus ou moins brusque portée à un haut degré, un épan-

chement de sang dans l'un des lobes du cerveau avec irruption dans les ventricules et compression du côté sain ; elle peut indiquer un ramollissement très-étendu qui aurait boursouflé un hémisphère au point de comprimer celui du côté opposé; enfin un tubercule, un cancer, etc.

Ainsi, si l'on est appelé auprès d'un malade frappé d'une paralysie générale, on devra soupçonner ces diverses altérations, et on pourra parvenir à les distinguer les unes des autres par quelques traits caractéristiques.

A. Lorsque la paralysie arrive dans un coup de sang (apoplexie), elle est alors brusque, rapide, et tout à coup portée à un haut degré d'intensité, sans symptômes spasmodiques; elle diminue ordinairement avec promptitude, et se termine par résolution lorsque la lésion n'est pas trop profonde et qu'on la traite convenablement. Elle n'a guère plus d'un jour ou deux de durée, comme aussi elle peut se terminer par la mort dans le même espace de temps.

B. Si elle est due à une méningite, elle aura été précédée par des phénomènes fébriles, par la force, la fréquence du pouls, la chaleur, la soif, la céphalalgie et souvent le délire ; elle ne surviendra que dans une époque déjà avancée de la maladie, annoncera un épanchement séreux ou purulent dans les méninges ou dans les cavités des ventricules.

C. Si elle est due à un épanchement de sang considérable, ayant son origine dans un hémisphère, faisant irruption dans les ventricules et comprimant l'hémisphère opposé, elle peut être reconnue à ce que cette paralysie est plus forte d'un côté que de l'autre et à ce qu'elle a ordinairement commencé par frapper l'un des côtés du corps.

E. Enfin, si c'est un kyste, un tubercule, un cancer développé dans le mésocéphale, la marche chronique de la maladie exclura l'idée d'une apoplexie ou d'un ramollissement, et les signes, à la vérité assez obscurs de ces maladies, pourront les faire soupçonner : par exemple, les douleurs lancinantes, la coloration d'un jaune-paille de la peau, pourront déceler le cancer central du cerveau, etc.

ARTICLE II.

Paralysie partielle.

On la divise en hémiplégie, en paraplégie et en paralysie locale. Entrons dans quelques détails en parcourant successivement ces divers ordres, qui seront compris dans trois paragraphes.

§ PREMIER.

Hémiplégie.

L'hémiplégie est cette espèce de paralysie du mouvement qui occupe un seul côté du corps; ou le membre supérieur d'un côté et l'inférieur de l'autre (hémiplégie croisée).

Elle affecte plus souvent le côté gauche que le droit, sans doute, dit *Pinel*, parce que le côté gauche est moins fort, moins exercé, et peut-être moins nourri; assertion qui est loin d'être incontestable, d'autant plus que *Pinel* regardait la paralysie, qu'il rangeait parmi les névroses, comme une maladie spéciale.

Lorsque l'hémiplégie a pour cause une affection cérébrale, elle est constamment le symptôme d'une lésion grave de la partie de l'encéphale située du côté opposé à celle du corps où se manifeste l'inaction musculaire. Il n'y a point d'exception à cet égard. Cette altération réside, ainsi que le savaient déjà les anciens, dans l'hémisphère du cerveau opposé au côté paralysé.

L'anatomie, d'ailleurs, rend parfaitement compte de ces phénomènes par l'entre-croisement des nerfs. Si quelquefois l'on a vu le côté droit se paralyser, quoique le crâne eût été frappé de ce côté, c'est que le désordre, cause de l'inaction des muscles du côté droit, s'était développé du côté gauche de l'encéphale: l'exception n'était donc qu'apparente.

L'hémiplégie est la plus fréquente des paralysies. Elle peut être complète selon qu'elle existe avec ou sans lésion de la sensibilité, et qu'elle compromet toute la moitié du corps.

L'observation apprend qu'elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, chez le vieillard que chez l'enfant.

Caractères de l'hémiplégie. Impossibilité de mouvoir les deux membres du même côté, ou le membre supérieur d'un côté et l'inférieur de l'autre. Rien n'est plus frappant que l'état d'un malade affecté d'hémiplégie complète : il gît dans son lit, étendu sur le dos; veut-il se lever, il se soulève avec peine du côté sain, et tombe comme une masse inerte sur son côté paralysé. De ce côté, la paupière supérieure est immobile, la vue n'a plus lieu de ce même côté. La commissure opposée des lèvres est tirée du côté des muscles demeurés actifs ; il en est de même de la langue. Si on soulève le bras, il retombe comme celui d'un cadavre demeuré chaud ; la jambe et la cuisse sont également abandonnées à leur poids ; la peau est peu perspirable, froide, mollasse ; les chairs flasques. Le malade essaie en vain de parler ; il profère quelques sons inintelligibles, tels mais plus faibles que ceux d'un enfant à la mamelle. Veut-il témoigner sa satisfaction, son chagrin ou sa colère, un côté de la face devient gai, triste, ou se contracte avec violence, l'autre côté demeurant impassible, ce qui forme un contraste déchirant. Veut-il s'exprimer, s'il n'y parvient pas, les larmes coulent de ses yeux, et l'on s'étonne de trouver la sensibilité la plus vive, la plus entière dans un être dont la moitié du corps est privée du sentiment.

La déglutition ne se fait qu'avec de violens efforts ; les boissons, tombant sur la glotte, procurent une toux violente qui cause des secousses nuisibles au cerveau ; la respiration ne se fait qu'incomplètement et pour ainsi dire d'un seul côté.

L'hémiplégie peut se manifester subitement ou se développer avec lenteur. Souvent elle succède à la paralysie, momentanément générale ; souvent aussi elle la précède. Les convulsions, la raideur téta-

nique, précèdent, accompagnent ou remplacent l'hémiplégie, puis sont remplacées par elle chez les sujets où l'inflammation de l'arachnoïde et celle du cerveau précède ou succède à l'épanchement sanguin, qui est la cause la plus ordinaire de ce mode de paralysie.

Signes pathognomoniques. Quelquefois une simple congestion sanguine, le plus souvent un épanchement de même nature, le plus ordinairement séreux ou purulent, dans un ventricule, ou bien à la surface de la portion droite ou gauche de l'encéphale ; dans beaucoup de cas, un ramollissement de la substance encéphalique, ou bien un tubercule squirrheux, stéatomateux, encéphaloïde, quand la maladie a duré fort long-temps : telles sont les altérations de texture que l'on observe dans le cerveau des cadavres des hémiplégiques. Ces traces, à la vérité, sont parfois peu marquées.

Je dois dire, à cette occasion, qu'on ne s'est pas contenté de rechercher le siége et la nature de la lésion encéphalique dont l'hémiplégie est le symptôme, on a voulu savoir les rapports spéciaux de la lésion de certaines parties de l'encéphale avec cette paralysie, et celle d'un membre supérieur ou inférieur. Pensant que le bras et la jambe ne devaient pas être sous la direction d'une seule et même portion encéphalique, MM. *Foville* et *Pinel-Grandchamp*, élèves internes de la Salpêtrière, entreprirent de déterminer, par des observations exactes, quelle était la portion du cerveau qui tenait sous sa dépendance le membre thoracique, et quelle était celle qui communiquait le mouvement au membre pelvien. Ayant eu l'occasion d'observer un nombre assez considérable d'individus affectés, 1°. d'hémiplégie, 2°. de paralysie du bras, 3°. de paralysie de la jambe, ils trouvèrent : 1°. que dans le premier cas (hémiplégie), le corps strié et la couche optique étaient lésés en même temps ; que, dans le deuxième cas (paralysie du bras), la couche optique seule et ses irradiations étaient le siége de la lésion ; 3°. enfin que, dans le troisième cas (paralysie de la jambe), cette lésion occupait le corps strié et ses irradiations.

Si ces résultats se confirment, l'hémiplégie transverse ou croisée,

qui se manifeste dans le membre supérieur d'un côté, et inférieur de l'autre, doit être attribuée à une lésion de la couche optique ou de ses irradiations dans un hémisphère et du corps strié ou de ses irradiations dans l'autre hémisphère.

La paralysie des membres thoraciques supposerait l'altération des couches optiques ou de leurs irradiations, et la paralysie des membres inférieurs dénoterait la désorganisation des corps striés ou de leurs irradiations, lorsque, toutefois, ces paraplégies ne dépendraient point d'une lésion de la moelle épinière. Enfin la paralysie d'un seul bras indiquerait la lésion d'une des couches optiques, et la paralysie d'un des membres pelviens celle d'un corps strié.

D'après ces mêmes observations, il existerait donc, dans la paralysie croisée, deux altérations dans le cerveau : l'une occuperait un hémisphère, et l'autre l'hémisphère opposé, avec cette différence que la région de l'hémisphère varie selon que le membre supérieur est frappé de paralysie ou que c'est l'inférieur qui en est atteint. On a raisonné de la même manière pour la paralysie de chaque sens en particulier; on a cherché le siége de sa lésion dans la portion du cerveau qui tient le sens sous sa dépendance, ou dans le nerf lui-même.

Quoi qu'il en soit, l'hémiplégie est un signe précieux pour fonder un diagnostic dans les affections cérébrales, même pour les lésions traumatiques.

Dans le courant du mois de mai 1833, un vitrier, âgé de cinquante ans environ, d'une petite stature, constitution forte, fit une chute de la hauteur de vingt-cinq pieds. Il fut relevé sans connaissance, privé de la faculté de tous ses sens, ne vivant que par la circulation et la respiration, et fut apporté dans cet état à l'Hôtel-Dieu de Paris, salle Sainte-Marthe, n°. 9. Le coup avait porté sur le côté droit de la tête, à la bosse pariétale; la plaie qu'il avait déterminée est contuse, forme cinq à six irradiations à la peau, qui a son épaisseur naturelle sans engorgement. On ne remarque dans la blessure ni fracture, ni enfoncement d'aucun os. La plaie fut pansée aussitôt,

une saignée fut pratiquée, application de sangsues, bains de pieds irritans, lavemens purgatifs.

Le lendemain, le malade est à peu près dans le même état; mais, s'il veut faire effort pour ouvrir les yeux, la paupière du côté droit seulement peut s'entr'ouvrir; si on ouvre l'œil gauche avec les doigts, la pupille est très-dilatée, et ne se contracte point à la lumière. Les muscles du côté gauche de la face sont entraînés vers le côté droit; le bras gauche, privé de toute sensibilité, retombe, par son propre poids, comme une masse inerte; la cuisse et la jambe du même côté sont à peu près dans le même état; les matières excrétées sont rendues involontairement; enfin, malgré le ralentissement de tous les mouvemens en général, l'hémiplégie du côté gauche, côté opposé à celui de la plaie, est manifeste; ce qui fait d'abord connaître que la lésion du cerveau n'a point lieu par contre-coup, que cette lésion ne peut être qu'une compression au côté droit du cerveau, occasionée par un épanchement de sang au-dessous de la plaie où avait porté le coup, et non une commotion cérébrale, car tout le corps eût été également paralysé, puis ces phénomènes n'auraient point persisté si long-temps. Bien convaincu du siége et de la nature de la lésion, M. *Dupuytren* s'abstint de toutes recherches inutiles qu'on eût faites autrefois.

La paralysie, dans ce cas, fit diagnostiquer une compression du côté droit, suite d'un épanchement sanguin; et, en effet, aidé par la continuation des pédiluves irritans, par les dérivatifs sur le tube intestinal, auquel traitement on apporta des modifications selon les circonstances, l'épanchement fut complètement résorbé au bout de trois semaines. Le malade quitta alors l'hôpital, ayant recouvré la faculté de tous ses sens, à l'exception du mouvement de la paupière gauche; l'iris de l'œil du même côté paraissait aussi être encore paralysée.

§ II.

Paraplégie.

C'est la paralysie des membres pelviens. Toute altération assez intense de la moelle épinière peut déterminer une paralysie des muscles dont les nerfs prennent naissance au-dessous de la portion lésée du prolongement rachidien. Quand la paraplégie n'a lieu que d'un seul côté, c'est du côté où gît l'altération de la moelle; il n'y a plus ici d'entre-croisement comme au-dessus des pyramides.

La paralysie des bras et des membres inférieurs peut être l'effet d'un ramollissement de la partie supérieure de la moelle épinière, ainsi qu'on l'observe dans quelques cas peu connus de ce qu'on appelle si improprement *maladie de Pott.* La mort arrive alors avant que la paralysie ne soit bien dessinée; mais le plus souvent la paraplégie est la suite des lésions situées à la région dorsale ou lombaire de la moelle épinière. C'est pour ainsi dire la seule bien constatée de cette paraplégie, qui est encore plus commune chez les animaux que dans l'espèce humaine, quoiqu'elle ne soit déjà pas rare chez cette dernière.

La paraplégie se reconnaît à la paralysie des membres pelviens, à l'incontractilité des muscles lombaires et de ceux des membres. La sensibilité peut être abolie, persister ou être augmentée. Tantôt elle est subite, tantôt elle vient lentement; dans le premier cas, lorsque le sujet veut élever la jambe pour monter, par exemple, il éprouve tout à coup un obstacle invincible et tout à fait inconnu; lorsqu'elle se développe lentement, il y a d'abord lassitude spontanée ou provoquée par la marche la moins fatigante, affaiblissement progressif, parfois chute sur les genoux sans cause apparente; quand enfin la paraplégie est manifeste, les membres inférieurs restent dans la flexion sans pouvoir être étendus par le malade, ni souvent même par les as-

sistans. L'émaciation des membres pelviens est quelquefois remplacée par l'œdème, tandis que les supérieurs prennent de l'embonpoint.

Causes. Le plus souvent la paraplégie est due à une lésion de la moelle épinière située à la fin de la région dorsale ou à la région lombaire; une compression, une congestion sanguine, une hémorrhagie, une inflammation de cette partie du système nerveux, un ramollissement, un épanchement séreux déterminé par des chutes, des contusions sur la colonne vertébrale (j'en ai vu plusieurs exemples à la clinique de M. *Lallemand* à Montpellier), par la fracture, le déplacement, l'inflammation, la suppuration des vertèbres; enfin l'abus du coït et la masturbation sont des causes les plus funestes de ce genre d'affection.

La paraplégie diffère donc de l'hémiplégie en ce que cette dernière est, pour la plupart des cas, une suite, un effet d'une affection encéphalique, et qu'elle peut être aussi une compagne presque inséparable de la plupart des apoplexies, tandis que la première est presque constamment l'effet d'une lésion rachidienne.

La paraplégie peut bien coïncider avec une apoplexie légère; alors seulement il se manifeste des symptômes dans l'action des organes des sens encéphaliques et dans l'intellect.

Les résultats de la paraplégie sont peu fâcheux sur les organes de la digestion, qui même sont souvent très-actifs. Dans ce cas, la nutrition se fait parfaitement, et le sujet acquiert de l'embonpoint, du moins dans la partie supérieure de son corps, tandis que les membres inférieurs tombent, lentement à la vérité, dans l'amaigrissement et le marasme, que parfois un œdème volumineux dissimule.

De même que la plupart des hémiplégies n'ont d'autre prognostic que celui des maladies de l'encéphale, dont elles sont le symptôme, de même la plupart des paraplégies n'ont d'autre prognostic que celui des maladies de la moelle épinière, qu'elles caractérisent.

La paraplégie abrège moins la vie que l'hémiplégie, et elle est bien

insupportable, parce que les fonctions cérébrales, pour l'ordinaire, restent intactes.

§ III.

Paralysie locale.

Cette espèce de paralysie a beaucoup moins fixé l'attention des observateurs que celle des moitiés latérales et inférieures du corps.

Il semble que la paralysie bornée au bras soit une demi-hémiplégie, et celle bornée à la jambe une demi-paraplégie ; néanmoins il paraît, d'une part, que la première peut dépendre d'une lésion de la moelle, et, de l'autre part, que la seconde peut également dépendre de l'encéphale.

Cette paralysie peut être plus ou moins grave, selon la partie affectée, la cause et l'intensité de la lésion.

Elle est caractérisée par les mêmes phénomènes que celles dont nous venons de parler ; il y a toujours impossibilité de contracter le muscle, et, de plus, il existe souvent un contraste frappant qui résulte de la paralysie d'un ou plusieurs muscles avec leurs antagonistes ou leurs congénères demeurés actifs.

C'est dans cette espèce de paralysie que se rencontrent celles qui ne sont point dues à différentes inflammations, comme la *cérébrite*, la *myélite* et diverses altérations de l'axe cérébro-spinal, mais qui consistent dans la diminution ou dans la cessation de l'action des extrémités nerveuses, sensitives ou motrices. Il est vrai qu'il n'est point toujours facile de distinguer cette paralysie primitive ou idiopathique de celle qui est consécutive ou symptomatique d'un état morbide du système cérébro-spinal.

C'est en général par l'étendue qu'elle occupe qu'on juge de sa nature : si elle est bornée à un sens, à quelques muscles seulement, il est presque certain qu'elle est idiopathique ou primitive, à moins qu'une compression ou une blessure quelconque des nerfs principaux de la partie n'explique suffisamment son étendue ; tandis qu'au con-

traire, si elle occupe tout un membre ou plusieurs organes, ou une grande étendue du corps, elle est presque toujours symptomatique d'une lésion du système cérébro-spinal. D'ailleurs, dans l'un et l'autre cas, l'absence ou l'existence des phénomènes cérébraux ou rachidiens concourent à éclaircir le diagnostic. C'est au médecin observateur et vrai praticien à bien poser ce diagnostic.

Parmi les paralysies locales, celle de la face paraît être une des plus fréquentes. D'après les expériences de *Ch. Bell*, répétées par *Magendie*, on sait que le nerf de la cinquième paire est le nerf de la sensibilité de cette région, et que la portion dure de la septième paire en est celui de la locomotion. Cette portion dure, d'après le premier expérimentateur, est le nerf respiratoire de la face et celui qui préside aux différentes expressions : c'est donc d'une altération quelconque de ces deux nerfs que résulte la paralysie. Elle a souvent été observée à la suite de douleurs rhumatismales, et même chez des sujets qui en avaient été atteints pour la première fois; elle a été observée aussi dans les inflammations des glandes situées derrière l'angle postérieur de la mâchoire : *Ch. Bell* en rapporte plusieurs exemples. Des compressions occasionées par des tumeurs développées sur le trajet de ces mêmes nerfs peuvent aussi y donner lieu. D'ailleurs, si l'on considère le long trajet du nerf facial avant sa sortie par le trou stylo-matoïdien dans un canal très-étroit, on concevra que le moindre gonflement, soit du névrilême, soit plutôt du périoste qui revêt l'intérieur de ce canal, doit exercer sur les troncs du nerf une compression considérable et bien suffisante pour interrompre le cours de l'influx nerveux, d'où il résulte paralysie du mouvement de la face.

Causes. Souvent elles sont inconnues; et combien de fois ne demeure-t-on pas dans l'incertitude sur l'origine même de ces sortes de paralysies! Cependant, l'état anormal d'un muscle, suite de lésions physiques et organiques; une compression, une section d'un ou de plusieurs filets nerveux; une tumeur développée sur leur trajet, etc., sont autant de causes qui peuvent donner lieu à la paralysie

locale. On sait que les impressions saturnines, chez les peintres et chez tous ceux qui travaillent depuis long-temps aux préparations de plomb, occasionent la paralysie des muscles extenseurs de la main, d'où résulte, par suite de la rupture de l'équilibre de l'action musculaire, la flexion permanente du poignet.

Combien de fois n'a-t-on pas vu la paralysie des muscles sourcilliers et des moteurs de l'œil à la suite de lésion des filets nerveux qui vont s'y distribuer! Je puis en rapporter un fait dont j'ai été témoin il n'y a pas long-temps : un jeune homme, dans une chute de sept ou huit pieds de hauteur, se fit deux blessures assez graves, l'une à l'angle interne et supérieur de l'arcade sus-orbitaire, et l'autre sur les os propres du nez ; les blessures furent bientôt cicatrisées, mais il restait au malade un strabisme accidentel qui n'était dû qu'au défaut de concordance des deux axes optiques ; il voyait les objets doubles et avec confusion, et, pour les distinguer, il était obligé de boucher un œil. Apparemment que l'une ou l'autre de ces deux blessures pouvait avoir intéressé quelques filets nerveux qui vont se distribuer aux muscles moteurs de l'œil, et en avait pu produire une paralysie qui, peut-être, à l'avantage du malade, ne sera que passagère.

Je ne ferai point mention de ces paralysies anormales, régulièrement et irrégulièrement périodiques dont parlent les auteurs ; je n'entrerai point non plus dans aucune discussion sur l'identité de leur nature et de leur siége avec les autres paralysies.

Nous avons parcouru les différentes espèces de paralysies du premier genre, celles du mouvement ; nous avons vu qu'elles pouvaient être générales ou partielles ; que ces dernières pouvaient affecter un seul côté du corps, ou la partie inférieure, ou enfin un seul membre, un seul ou plusieurs muscles ; que les lésions dont elles sont, pour la plupart, le symptôme, pouvaient être dans le cerveau, dans la moelle épinière, dans les cordons nerveux, et que, dans les paralysies locales, il en est d'idiopathiques qui ne sont point dues à une lésion de l'axe cérébro-spinal.

Passons à l'étude du second genre de paralysie, celle du sentiment.

SECTION II.

PARALYSIE DU SENTIMENT. (IIe. Genre.)

La paralysie du sentiment, dont je n'ai point encore parlé, consiste dans la diminution ou l'abolition de cette faculté au moyen de laquelle nous recevons les diverses impressions des corps extérieurs.

Elle peut être ou non accompagnée de la paralysie du mouvement.

1°. Lorsqu'elle est accompagnée de la paralysie du mouvement, c'est, pour la plupart des cas, quand celle-ci est très-intense, ou quand le mouvement est plutôt aboli que diminué : aussi appelle-t-on paralysie incomplète la paralysie du mouvement qui n'est point accompagnée de celle du sentiment, et la regarde-t-on toujours comme moins grave.

Nous aurions à préciser le siége de cette lésion.

Comme je l'ai dit en parlant de la sensibilité, la perception de toute sensation a lieu dans le cerveau ; l'intervention de cet organe est donc de toute nécessité pour la production de cet acte. J'ai dit aussi que la sensibilité supposait trois actes : impression, transmission et perception; les deux premiers sont dévolus aux nerfs qui vont se distribuer dans toutes les parties, et qui, tout le long de leur trajet, ne sont que les conducteurs des impressions reçues. Maintenant, si les nerfs qui remplissent ces fonctions sont distincts de ceux qui transmettent les ordres de la volonté pour l'exécution des mouvemens ; si la partie du cerveau percevant les impressions transmises est distincte de celle qui produit la volition, on conçoit sans difficulté que les altérations du système nerveux, dont la paralysie en général est un symptôme presque constant, peuvent porter atteinte aux nerfs chargés du mouvement et à ceux chargés du sentiment, et que les altérations de l'une ou de l'autre peuvent être simultanées, succes-

sives ou indépendantes. Or, sans entrer ici dans le détail de toutes les recherches des expériences et des opinions des physiologistes, pour ne pas m'engager dans des rapports trop longs, je dis que les cordons postérieurs de la moelle épinière pour la sensibilité du tronc; la cinquième paire pour la sensibilité de la face et des quatre sens de cette partie, selon *Magendie;* l'extrémité antérieure de la moelle épinière dans la moelle allongée même, ou peut-être dans la protubérance annulaire, selon *Lamarck,* sont les différentes parties du système nerveux destinées à la fonction de la sensibilité. L'on peut donc se rendre raison de la paralysie complète ou incomplète par la lésion des deux parties distinctes sous le rapport de leurs fonctions.

La paralysie du sentiment étant accompagnée de celle du mouvement, peut la précéder ou se manifester simultanément avec elle, ou lui être consécutive. Le dernier cas, qui est la persistance du sentiment après la paralysie du mouvement, a été expliqué de différentes manières. On avait pensé d'abord que les nerfs qui se rendent à la peau, et ceux qui vont se distribuer aux muscles, étaient de nature différente et pouvaient être atteints isolément (*Sauvages*); puis on l'attribua ensuite à une lésion plus profonde du cerveau, qui peut être suffisamment altéré pour n'avoir plus une influence active sur le mouvement, qui est le produit d'un acte spontané, et pas assez pour qu'il ne puisse plus recevoir l'impression qui lui est transmise par les nerfs, acte qui n'exige point que le cerveau entre spontanément en action (*Lallemand*).

2°. Lorsque la paralysie du sentiment a lieu indépendamment de toute paralysie du mouvement, elle ne se manifeste pleinement que dans les organes des sens autres que la peau; l'œil, l'oreille, en fournissent les exemples les plus remarquables; elle est plus rare pour l'organe de l'olfaction, plus rare encore pour celui du goût.

Sauvages a décrit cette paralysie sous le nom d'*anaisthésie*, et en a admis quatre espèces. Aujourd'hui cette paralysie est regardée comme le signe d'une lésion des nerfs destinés à la sensibilité. Les exemples de ce dernier genre de paralysie ne sont point rares; *Roche* en rap-

porte deux qui sont remarquables. Chacun sait que le célèbre Lacondamine vécut pendant plusieurs années avec une insensibilité absolue des mains, et cependant il exécutait tous les mouvemens de ces parties. Plusieurs faits semblables ont été observés par M. *Landré-Bauvais*, à l'hospice de la Salpêtrière.

Je n'ai pas besoin de parler du diagnostic de ce genre de paralysie; l'insensibilité qui peut précéder, être suivie ou indépendante de la paralysie du mouvement, est un symptôme non équivoque. Ses causes sont toutes celles qui peuvent porter atteinte aux nerfs de la sensibilité comme à ceux de la locomotilité ; et je ne ferai qu'ajouter que la paralysie du sentiment dans les organes génitaux est souvent le partage de la vieillesse, et la triste prérogative de quelques jeunes gens ou adultes dont la vieillesse anticipée est pour eux un sujet de désespoir.

Ainsi la paralysie en général peut donc être considérée comme le résultat des lésions des organes du mouvement et du sentiment ; dans ce cas elle est, comme il a été dit, symptomatique ; elle peut être aussi idiopathique, lorsqu'elle tient à une asthénie nerveuse, et surtout lorsque, étant locale, elle tient à un défaut d'action des extrémités nerveuses motrices et sensitives.

Le diagnostic, le prognostic et le traitement doivent varier selon le siége et la gravité de la lésion ; selon la cause, la marche et la durée.

1°. Suivant le siége. *A*. Lorsque c'est l'encéphale qui est lésé, si cette lésion est grave et profonde, la paralysie pourra être générale ou partielle ; elle se développera subitement ou lentement, selon que l'affection sera un coup de sang, une lésion traumatique, une inflammation ou toute autre cause.

B. Si la lésion est à la moelle épinière, elle pourra être plus ou moins grave sous le rapport de la région qui en sera le siége, et sous celui de la nature de la lésion.

C. Enfin, si ce sont les filets nerveux eux-mêmes qui sont lésés, la

paralysie ne sera déjà pas si redoutable, le prognostic moins fâcheux, et le traitement différent.

2°. Suivant les causes. Ces causes peuvent être divisées en *prédisposantes*, *occasionelles* et *déterminantes*.

1°. *Causes prédisposantes.* L'âge tient le premier rang ; la paralysie, à la vérité, est de tous les âges ; mais l'expérience nous apprend qu'à une époque de la vie nous y devenons plus disposés qu'à tout autre. En effet, on voit tous les jours des individus devenir paralytiques en avançant en âge, et l'observation ne nous en démontre-t-elle pas un plus grand nombre entre quarante et soixante ans, âge déjà noté par *Hippocrate.*

Le sexe. On ne peut trop déterminer si l'un y est plus disposé que l'autre ; l'observation cependant paraît démontrer que les hommes sont plus souvent paralysés que les femmes.

Le tempérament. Tous les tempéramens peuvent en être atteints ; on a cependant regardé avec raison le tempérament nerveux comme plus disposé, ainsi que les sujets atteints d'affections rachitiques, scorbutiques ; car, comme le dit M. *Lallemand*, chez les individus faibles, toutes les fonctions ne se font qu'imparfaitement, il n'y a point de réaction chez eux, le moindre trouble dans l'économie peut entraîner l'abolition entière d'une ou de plusieurs fonctions, d'où il résulte des affections graves. C'est précisément cet état, cette condition fâcheuse d'un individu, qu'on a qualifiés de la belle épithète tirée du grec, *diathèse.*

2°. *Causes occasionelles.* Un refroidissement subit, l'exposition à l'air froid le soir, les vêtemens humides conservés long-temps sur le corps, surtout pendant le sommeil ; les bains froids prolongés, les excès fréquens des boissons et des liqueurs alcoholiques, l'usage des narcotiques, tels que l'opium, la belladone, etc. ; les purgatifs

drastiques administrés à trop fortes doses ; les préparations mercurielles, celles de plomb, d'arsenic, prises à l'intérieur. La suppression des règles, de la transpiration, du flux hémorrhoïdal, d'un ancien exutoire, l'omission d'une saignée d'usage à certaine époque, sont regardées comme autant de causes qui peuvent avoir une plus ou moins grande influence sur toutes les fonctions de l'économie, et qui peuvent donner lieu à la paralysie, si les résultats deviennent à leur tour causes des altérations des organes qui concourent à la fonction de la sensibilité et de la locomotilité, comme elles peuvent donner lieu à toute autre maladie, selon les organes qui ont été les plus susceptibles d'être lésés. Je dois dire aussi que l'onanisme et l'abus du coït, dont les effets sont si marqués sur le système nerveux, sont une cause fréquente des paralysies. *Dufrenois* de Valenciennes rapporte l'histoire d'un jeune homme de vingt-un ans, tisserand de profession, jouissant de la plus parfaite santé lorsqu'il se maria, et qui le lendemain du premier jour de ses noces fut paralysé des membres inférieurs, au point qu'il lui fut impossible de sortir du lt nuptial.

Les maladies peuvent encore être causes occasionelles, comme une gale répercutée, une éruption quelconque souvent érysipélatiforme, mal développée ou mal déterminée; des coliques violentes, des affections vermineuses, le rhumatisme chronique, le vice vénérien, au rapport d'*Astruc*, l'hystérie, l'hypochondrie, enfin les névralgies de longue durée, une affection calculaire, etc. Je ne dois pas omettre, dans ce cadre, les passions vives de l'âme, comme la joie, la colère, etc. ; les affections morales tristes, une crainte excessive, une mauvaise nouvelle, une grande frayeur, etc. *Tissot* rapporte l'exemple d'un jeune homme dont le système nerveux avait été tellement affaibli par une joie imprévue, que, lorsque dans la suite il éprouvait le même sentiment, il était pris d'un bégaiement remarquable, et tombait dans une hémiplégie complète du côté droit.

3°. *Causes déterminantes.* Toutes celles qui peuvent directement

porter atteinte au système nerveux dans ses diverses parties : 1°. à l'encéphale, une encéphalite intense, une compression du cerveau, produite, soit par la présence d'un corps étranger, par l'épanchement d'un fluide dans la substance cérébrale même, dans les ventricules ou entre les membranes et la substance ; soit par des hydatides du plexus choroïde, un fongus de la dure-mère, une lésion traumatique et toutes les dégénérescences de cet organe, une carie vénérienne des os du crâne, leur fracture ; en un mot, tout ce qui peut produire l'altération du cerveau. 2°. A la moelle épinière, une myélite, la commotion produite par une chute ou un coup reçu sur la colonne vertébrale, dans l'une de ses trois régions ; la compression résultant de l'accumulation d'un fluide séreux, purulent ou sanguin, d'un développement de tumeurs osseuses ou de toute autre nature ; une fracture, une luxation des vertèbres, enfin un kyste rempli de vers vésiculaires, comme *Chaussier* l'a observé chez une femme dont l'histoire se trouve consignée dans un journal de médecine. 3°. Aux cordons nerveux, leur ramollissement ou leur induration, la contusion et la compression long-temps prolongée et occasionée par une ligature ou une tumeur de nature quelconque, comme on peut l'observer dans les anévrysmes de l'artère poplitée, la luxation de l'humérus, etc. ; enfin leur section et leur destruction par une cause quelconque.

3°. *Suivant la marche.* L'invasion a pu être subite ou progressive ; dans le premier cas, l'affection est ordinairement grave et profonde, comme je l'ai dit, article *Paralysie générale.*

Dans le deuxième cas, elle est précédée d'engourdissement des membres, d'un sentiment de faiblesse ou de lassitude, d'un trouble dans les fonctions digestives, d'une difficulté de parler ; souvent de mouvemens convulsifs, de vertiges, d'éblouissemens, de maux de tête, de douleurs sourdes plus ou moins vives le long de l'épine, en suivant le trajet des nerfs : ces douleurs disparaissent et reparaissent bientôt ; souvent enfin de tremblemens dans les parties qui doivent

devenir le siége de l'affection, qui se déclare plus souvent pendant le sommeil que pendant la veille.

La marche peut être aiguë ou chronique, et ces circonstances font singulièrement varier le diagnostic : ainsi, par exemple, pour la paralysie résultat d'une altération encéphalique, si elle survient tout à coup sur un sujet sain, elle annonce une lésion subite. Or, il n'y a de lésion subite qu'une hémorrhagie cérébrale ou une forte congestion : on exclura donc toute idée de maladie chronique du cerveau, et même le ramollissement. On distinguera l'hémorrhagie et la congestion par les signes qui leur sont propres.

Si la paralysie est récente, mais qu'elle marche lentement et par degrés, on pourra conclure qu'il existe une lésion dont les progrès sont lents et gradués, un ramollissement, par exemple; si, au contraire, elle rétrograde, il sera permis de conclure que la lésion est susceptible de guérison, et l'expérience prouve que l'épanchement et la congestion sont les plus susceptibles de ce mode de terminaison.

Si elle reste stationnaire, on peut présumer qu'il a existé un épanchement, qu'une portion du cerveau a été détruite; que l'épanchement a été résorbé, mais que la portion de l'encéphale détruite n'a pu être remplacée.

Enfin la marche aiguë indique une lésion de même nature, et la chronique peut faire présumer un cancer, un kyste, un tubercule, un fongus de la dure-mère, etc.

Quant à la durée, elle offre un grand nombre de variétés; de même que la marche, on peut la regarder comme aiguë quand elle est courte, et chronique quand elle va à deux ou trois mois environ. — La mort ou le retour à la santé sont les deux modes de terminaison : dans le dernier cas, les changemens qui surviennent se font d'une manière lente et progressive, le sentiment et la chaleur se rétablissent les premiers; quelquefois le malade éprouve des picotemens, des fourmillemens et des tremblemens dans les membres; enfin les forces reviennent par degrés. Jamais la terminaison n'a lieu par métastase, et très-rarement par des hémorrhagies ou des évacuations alvines.

Nécropsie. En général, lorsque les lésions qui constituent la paralysie ont eu une terminaison funeste, les altérations que l'on rencontre le plus ordinairement dans le sysème nerveux de la vie animale sont : l'injection sanguine, le ramollissement, les kystes, les tubercules, les indurations, le cancer, les tumeurs fibreuses, osseuses, les hydatides, les épanchemens sanguins, séreux, purulens et l'atrophie.

La plupart de ces altérations, l'atrophie exceptée, sont des résultats d'irritation aiguë ou chronique. M. *Broussais* pense qu'elles sont toujours produites par l'inflammation : ce que M. *Bouillaud* a essayé de démontrer dans son traité sur l'encéphalite.

TRAITEMENT.

Comme il est suffisamment démontré aujourd'hui que les paralysies les plus graves ne sont, dans le plus grand nombre des cas, que le symptôme, le résultat des diverses altérations du système cérébro-spinal, il s'ensuit que le traitement de la paralysie, dans ce cas, est celui de toutes les affections de ce système d'organes ; que ce traitement est plus avancé, plus sûr qu'il ne l'était autrefois ; que, si l'on ne parvient pas à guérir la paralysie dans bien des cas, c'est que souvent la lésion est profonde et mortelle, ou bien que l'altération, légère dans le principe, est déjà avancée quand le médecin arrive ; car il n'est appelé ordinairement pour traiter cette affection que lorsque la paralysie est prononcée, et l'on sait que cette dernière n'indique pas toujours l'invasion de l'affection dont elle est le symptôme.

Avant la connaissance des lésions dont il s'agit, la paralysie était liée avec l'idée de faiblesse : à la vue d'un membre immobile, d'une partie insensible, la première idée qui venait à l'esprit était que la force, la sensibilité, leur manquaient, et qu'il fallait recourir à l'usage des fortifians, des excitans : aussi a-t-on proposé et mis en usage contre ce phénomène morbide tous les moyens susceptibles d'exciter la sensibilité de la peau, de l'œil, de la membrane pituitaire de l'oreille, du goût et de la membrane digestive.

Je ne pourrais ici énumérer tous ces moyens : ce sont tous ceux de l'attirail excitant de nos pharmacies, de la chirurgie, de la mécanique et même de la physique. Lors même qu'on s'apercevait des bons effets d'un remède adoucissant, ou des émissions sanguines, on n'en persistait pas moins à penser que la partie était faible, au moins dans l'origine de ses nerfs. Peu à peu on s'aperçut néanmoins que ces toniques étaient le plus souvent inutiles ; que, parfois, ils devenaient nuisibles ; que la paralysie pouvait dépendre de l'irritation d'une expansion nerveuse; mais on n'en était pas encore venu à croire qu'une inflammation du cerveau avait pour résultat ordinaire l'immobilité des muscles et l'insensibilité des nerfs : on s'en faisait une idée tout opposée. Il était réservé aux observateurs modernes de prouver que la paralysie, comme tant d'autres asthénies apparentes, n'est, dans beaucoup de cas, que l'effet de l'inflammation.

Aussi voyons-nous aujourd'hui, d'après les travaux de ces observateurs, que la paralysie la plus grave est le résultat le plus constant des lésions de l'encéphale et de la moelle rachidienne. Or, puisque cette paralysie n'est que le symptôme des lésions de ces organes, le traitement de ces dernières doit être celui de la paralysie, s'il est vrai de dire qu'en enlevant la cause on détruit l'effet (*sublatâ causâ, tollitur effectus*).

Ainsi, avant d'entreprendre un traitement, il faut chercher la cause et le siége : si c'est à l'encéphale, à la moelle, et à laquelle de ses trois régions, ou aux filets nerveux que se trouve la lésion d'où dépend l'affection que l'on se propose de combattre; puis, enfin, de quelle nature sont ces lésions, si elles ont pour cause une irritation, une inflammation du système nerveux; ou bien si elles sont dues à une asthénie, à une dégénérescence de ce même système, etc. Ce n'est que par cette connaissance que l'on pourra entreprendre un traitement raisonné de la paralysie. Les lésions, leur nature et leur siége étant reconnus, on tiendra compte de l'âge du sujet, de sa constitution, de ses habitudes, de ses maladies antérieures, de son état de pléthore ou de faiblesse, en un mot, de son idiosyncrasie.

Ce n'est, sans doute, que pour avoir dédaigné ou méconnu ces considérations que les auteurs sont si diffus et si peu d'accord en indiquant tant de moyens qui ont été proposés et employés, au point qu'on serait fort embarrassé pour guider sa conduite dans un traitement semblable quand on voudrait avoir recours à eux : c'est ainsi que les uns recommandent indistinctement les antiphlogistiques, les évacuans; d'autres les antispasmodiques unis aux fortifians, etc.

Nous avons établi que le traitement doit varier selon le siége et la nature de la lésion.

1°. Si la paralysie est due à un coup de sang ou apoplexie, le traitement doit être celui de cette maladie : il peut être prophylactique et curatif. Lorsqu'un individu est disposé, par sa constitution, à l'apoplexie, ou qu'il en a déjà ressenti quelques prodrômes, on lui doit recommander la plus grande sobriété, l'abstinence de tous les spiritueux, l'usage d'alimens exclusivement tirés du règne végétal, les distractions, l'exercice modéré; il est aussi utile qu'il se maintienne le ventre libre, les pieds chauds, la tête fraîche, et si une attaque paraît imminente, il faut en toute hâte pratiquer une saignée. Lorsque l'apoplexie a lieu, le traitement curatif ne diffère pas de celui de l'inflammation du cerveau : les saignées générales, les sangsues derrière les oreilles, au tempes; les sinapismes, les lavemens purgatifs en font la base. Si la maladie passe à l'état chronique, il faut alors employer les dérivatifs, et revenir au traitement prophylactique afin de prévenir les rechutes qui sont toujours imminentes dans ce cas.

2°. Si elle est due à un épanchement sanguin, séreux ou purulent, cet épanchement peut être le résultat d'une lésion traumatique ou d'une lésion vitale. Dans l'un et l'autre cas, ce liquide épanché paraît être plus nuisible par son impression que par la compression, comme on a voulu le prétendre. Ce ne serait que dans le premier cas, et pour s'opposer à des accidens violens, qu'on pourrait tenter son évacuation par le trépan, par exemple, lorsque le désordre serait l'effet d'une violence exercée sur le crâne. Dans tout autre cas,

il faut chercher à le faire résorber : divers médicamens ont été proposés et employés avec plus ou moins de succès; mais il faut avant tout combattre les symptômes inflammatoires, recourir ensuite aux dérivatifs, favoriser le système absorbant des voies digestives, et par là même on favorise celui de tous les appareils de l'économie.

3°. Si la paralysie a pour cause une inflammation des parties du cerveau qui communiquent directement avec la moelle épinière, ce qui se reconnaît au développement lent et progressif avec des symptômes spasmodiques, traitement de cette affection : à son état aigu, antiphlogistiques énergiques, il faut se hâter d'agir au début; c'est ici que l'occasion est pressante (*occasio præceps*, Hipp.), car l'organe malade se désorganise avec la plus grande promptitude. (Saignées générales abondantes et réitérées; application de sangsues derrière la tête; rubéfactions des extrémités, etc.) Si la maladie menace de passer à l'état chronique ou y est déjà, on peut se servir de l'emploi continu des purgatifs, surtout en lavemens, pour entretenir sur les voies digestives une révulsion salutaire. Si elle est insuffisante, il faut avoir recours aux vésicatoires suppurans, aux sétons, etc.

4°. A une dégénérescence du système nerveux, kystes, tubercules, cancers, indurations, ramollissemens, etc., lésions que pourra faire soupçonner le développement lent et peu régulier de la paralysie, ainsi que les symptômes propres de chacune de ces lésions, traitement palliatif.

L'art échoue presque toujours contre ces redoutables affections; on ne peut en général que procurer quelques soulagemens aux malheureux qui en sont atteints, en combattant chaque symptôme en particulier.

Le même raisonnement et les mêmes moyens peuvent s'appliquer aux lésions récentes et aiguës, ou passées à l'état chronique de la moelle épinière et des nerfs mêmes.

C'est ainsi qu'on a vu des hémiplégies et des paraplégies récentes guéries par des applications réitérées de sangsues le long de la colonne vertébrale, et plus tard des vésicatoires : les journaux des mé-

decine en rapportent à chaque instant des exemples. J'ai eu occasion d'observer plusieurs cas semblables dans les salles cliniques de l'hôpital Saint-Éloi, à Montpellier.

En résumé, toute paralysie aiguë récente ne doit être attaquée que par les moyens appropriés à l'état morbide présumé de l'encéphale, de la moelle épinière ou du nerf lui-même, et jamais par l'emploi banal et empirique des excitans.

Mais il est des paralysies anciennes, soit du mouvement, soit du sentiment, dont il ne reste aucun signe qui annonce un état d'irritation à l'origine ou sur le trajet même du nerf; il n'y a d'ailleurs aucun retour de douleur, de spasme, aucune exacerbation de paralysie, comme aussi il en est qui se manifestent sans être accompagnées d'aucun des signes de l'état inflammatoire, et qui paraissent tenir à une asthénie nerveuse bien prononcée. Il paraît alors que l'on peut avoir recours aux stimulans modérés à l'intérieur : on peut agir plus fortement encore à l'extérieur par divers moyens : les frictions sèches, les rubéfians, la chaleur, les bains chauds sulfureux, ceux de marc de raisin ; l'urtication, les vésicans, les moxas, la cautérisation, l'électricité. A l'intérieur, les alcoholiques, les huiles essentielles, l'ammoniaque, les teintures amères, âcres, aromatiques, le quinquina, ont été vantés dans des cas de ce genre. On a vanté aussi la noix vomique, et mieux la strychnine. Cette dernière, employée dans des cas où la paralysie est liée à un état inflammatoire du système nerveux, aggrave très-vraisemblablement les accidens ; mais dans les cas où, comme par une sorte d'habitude, la paralysie semble encore persister après la résorption de l'épanchement, elle peut avoir de bons effets pour faire recouvrer les mouvemens.

Le même traitement s'applique aux paralysies peu graves, primitives ou idiopathiques dont j'ai parlé au paragraphe des paralysies locales.

Le traitement des paralysies, résultat des impressions saturnines, de l'hystérie, de l'hypochondrie, des affections rhumatismales, etc., est celui de ces différentes affections.

Enfin il est impossible de spécifier le traitement à tant de variétés d'affections, sans être trop long et sans tomber dans des répétitions fatigantes. Je le répète, la connaissance du siége, de la cause, de la nature de la lésion et des circonstances individuelles, doit être le point de départ d'un traitement utile et avantageux.

Je termine là les considérations que j'avais à faire sur une matière si étendue. Il ne m'a pas été possible d'entrer dans tous les détails, à moins de dépasser les limites que l'on doit se prescrire dans un travail de ce genre. Je regrette de faire paraître, dans le peu que j'ai pu dire, tous les défauts d'un premier exercice; mais, comme l'a dit La Bruyère : « On peut exiger beaucoup de celui qui devient auteur « pour acquérir de la gloire ou par un motif d'intérêt; mais un « homme qui n'écrit que pour satisfaire un devoir dont il ne peut se « dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a, sans doute, de « grands droits à l'indulgence de ses lecteurs. »

Trop heureux si, à cette considération, je pouvais acquérir un droit à l'estime et à la bienveillance de mes juges !

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Torpores et stupores prœter consuetudinem advenientes ad futuram apoplexiam vel paralysim denotant. I. Coac. prænot. 476.

II.

Apoplectici autem fiunt maximè, ætate ab anno quadragesimo usque ad sexagesimum. *Sect.* 6, *aph.* 57.

III.

Solvere apoplexiam, vehementem quidem, impossibile; debilem verò, non facile. *Sect.* 2, *aph.* 42.

IV.

Si lingua ex improviso impotens fiat, aut aliqua corporis pars siderata, melancholicum hoc ipsum fit. *Sect.* 7, *aph.* 40.

V.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

VI.

At resolutio nervorum, frequens ubiquè morbus est. Ea interdùm tota corpora, interdùm partes infestat. Celsus, cap. II, lib. III.